دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی خراسان شمالی

عملکرد حضور ماهانه دانشجو

نام و نام خانوادگی دانشجو: **ماه:**

نام و نام خانوادگی پرسپتور	بخش/بیمارستان	تاریخ /شیفت	نمره (به عدد و حروف)	مهر و امضا پرسپتور